



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2012/2013

Catarina Martins Machado

Opção materna pela via do parto:
uma escolha informada?

março, 2013

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Catarina Martins Machado
Opção materna pela via do parto:
uma escolha informada?

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Ginecologia/ Obstetrícia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Ana Reynolds

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Acta Médica Portuguesa

março, 2013

FMUP

Eu, Catarina Martins Machado, abaixo assinado, nº mecanográfico 200706154, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2013

Assinatura: Catarina Martins Machado

Nome: Catarina Martins Machado

Email: mimed07191@med.up.pt

Título da Dissertação:

Opção materna pela via do parto: uma escolha informada?

Orientador:

Ana Reynolds Magalhães Abreu Coutinho Castro Saraiva

Ano de conclusão: 2013

Designação da área do projeto:

Ginecologia/ Obstetrícia

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2013

Assinatura: Catarina Martins Machado

Título:

Opção materna pela via do parto: uma escolha informada?

Maternal preference on mode of delivery: an informed option?

Autor:

Catarina Machado

Licenciatura em Ciências Básicas da Saúde, Mestrado Integrado em Medicina, Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Morada:

Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal.

E-mail:

mimed07191@med.up.pt

Título breve para cabeçalho:

Opção materna pela via do parto.

Opção materna pela via do parto: uma escolha informada?

Resumo:

Introdução: A taxa de partos por cesariana está a aumentar em todo o mundo e Portugal não é exceção. O objetivo deste estudo observacional prospetivo foi averiguar a preferência e as expectativas maternas relativamente ao parto, as razões dessa preferência e o conhecimento que têm relativamente às vias do parto, vaginal e cesariana.⁹

Materiais e Métodos: O estudo incluiu 47 grávidas de baixo-risco, com 37-39 semanas de gestação, referenciadas à consulta de termo de um hospital universitário. Foi aplicado um questionário contendo 4 partes: dados demográficos, história obstétrica, informação obtida sobre os riscos/benefícios das vias do parto e conhecimento acerca dos mesmos. As respostas obtidas foram avaliadas através de análise descritiva.

Resultados: As grávidas tinham em média 27 anos. Trinta e uma (66%) grávidas eram nulíparas e 16 (34%) primíparas. A maioria, 35 (74.5%), preferia que o parto atual fosse por via vaginal por ser uma “escolha pessoal” e por ser “um parto normal/natural”. Cinco (10.6%) preferiam parto por cesariana. As opiniões relativas aos riscos/benefícios das vias do parto revelaram-se discordantes. A maioria, 45 (95.7%), respondeu “não” à hipótese de escolher parto por cesariana na ausência de indicação médica.

Conclusão: Apesar de dois terços das grávidas terem recebido informação sobre as vias do parto, estando globalmente satisfeitas com a qualidade da mesma, a maioria ou tinha opiniões contraditórias ou não tinha opinião relativamente aos riscos e benefícios das mesmas. Este estudo revelou a eventual necessidade em aprofundar os esclarecimentos prestados às grávidas sobre as vias do parto.

Palavras-chave: “Cesariana”, “parto vaginal”, “conhecimento, atitudes e prática em saúde”, “preferência da doente”, “gravidez”.

Abstract:

Background: Cesarean delivery rates are increasing worldwide. The goal of this observational prospective study was to describe pregnant women’s expectations regarding the mode of delivery, to assess the reasons influencing those expectations and to determine their knowledge concerning vaginal and cesarean delivery.

Methods: This study included 47 low-risk pregnant women at 37–39 weeks of gestation just before attending their first “term gestation” appointment in a referral university hospital. For data collection, it was used a self-administered questionnaire including four sections: demographic data, obstetric history, information received and knowledge of the risks and benefits related to the mode of delivery. A descriptive analysis was performed.

Results: Thirty one (66%) women were nulliparous and 16 (34%) primiparous. Mean age was 27 years. When asked for their preferred mode of delivery, 35 (74.5%) chose for vaginal delivery as it was considered a “personal choice” and the “normal/natural mode of delivery”. Only 5 (10.6%) would prefer a cesarean delivery. Opinions regarding the risks and benefits of cesarean and vaginal delivery were contradictory. The majority, 45 (95.7%), answered “no” when asked if they would choose cesarean delivery without a medical reason.

Conclusion: Even though two thirds of the pregnant women had received information regarding the mode of delivery and felt globally satisfied with its quality, the majority

had contradictory opinions or no opinion about the risks and benefits of vaginal and cesarean delivery. This study revealed a possible need to further extend the information provided to pregnant women about the birth process.

Keywords: “Cesarean section”, “delivery, obstetric”, “health knowledge, attitudes, practice”, “patient preference”, “pregnancy”.

Introdução

Nas últimas décadas temos assistido a um aumento sustentado da taxa de partos por cesariana, em mulheres de todas as idades, raças e independentemente das condições médicas associadas¹. A Organização Mundial de Saúde alertou, já em 1985, que o aumento de partos por via cesariana não adicionava benefícios à morbimortalidade maternofetal, tendo sugerido que a taxa de cesarianas não deveria ultrapassar os 10-15%². Atualmente, a maioria dos países desenvolvidos apresenta taxas de cesariana superiores a 15%. Portugal é o segundo país da União Europeia com maior taxa de cesariana, de cerca de 30%¹.

A investigação clínica tem demonstrado que o parto vaginal se associa a menos riscos e complicações para a grávida e recém-nascido comparativamente à cesariana, na presente assim como em futuras gravidezes³⁻⁶. Apesar disso, a taxa de cesariana mantém-se alarmante, incitando o debate sobre quais as causas subjacentes e a adequabilidade das mesmas. Embora sejam vários os motivos apontados para o aumento da taxa de cesariana, são consensuais duas principais razões: o conhecimento que a grávida tem sobre os riscos e benefícios das diferentes vias do parto e os esclarecimentos que recebe sobre este assunto durante a vigilância pré-natal, pois a opinião e a preferência do obstetra parecem influenciar, direta ou indiretamente, as opções da grávida^{7, 8}. De facto, entre outros motivos, o aumento da taxa de cesariana pode também ser explicado pela preferência materna por esta via do parto^{5, 9, 10}. Refere-se o conceito de “*Parto por cesariana a pedido materno*”, definido por *Viswanathan et al* em 2006, como “cesariana a pedido materno em gravidez de termo, feto único, a pedido da mãe, na ausência de quaisquer indicações materna ou fetal”¹¹. Estima-se que

a taxa de cesarianas realizadas nestas circunstâncias contribua em 4 a 18% para a taxa global de partos realizados por essa via¹².

A percepção da grávida sobre o parto terá vindo a sofrer alterações. Desta forma, torna-se necessário averiguar a preferência da grávida relativamente à via do parto, assim como os fatores preponderantes na sua opção.

Os principais objetivos deste estudo de coorte, observacional e prospetivo, foram averiguar a preferência e as expectativas relativamente ao parto de um grupo de grávidas referenciadas à consulta de gravidez de termo de um hospital universitário de apoio perinatal diferenciado. O conhecimento sobre o tema assim como o tipo e as fontes de informação obtidos durante a gravidez foram também incluídos na avaliação.

Material e métodos

Foram incluídas grávidas a aguardar a primeira consulta de gestação de termo, na sala de espera da Consulta de Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, EPE, antes de qualquer contacto com algum profissional de saúde de Obstetrícia, de termo (≥ 37 semanas e ≤ 42 semanas), baixo risco, feto único e que não estivessem inseridas em nenhum estudo experimental semelhante. A seleção das participantes foi feita de forma não aleatória, por quotas.

Após revisão da literatura sobre o tema, foi elaborado um questionário que incluiu quatro partes: dados demográficos, antecedentes obstétricos, informação relacionada com a via do parto obtida durante a gravidez atual e conhecimento/opinião sobre a via do parto. Durante o preenchimento do questionário o investigador principal estava presente para esclarecer alguma dúvida/dificuldade no entendimento.

A parte demográfica (parte 1) incluiu cinco itens: idade, área de residência, estado civil, escolaridade e situação laboral.

A parte 2 abordava a história obstétrica. Relativamente à gravidez atual, a idade gestacional foi confirmada assim como o local de vigilância. As participantes eram ainda inquiridas sobre o número de gravidezes prévias, o número de filhos e o local onde ocorreram os partos. As opções que descreviam as vias do parto (vaginal versus cesariana) e os possíveis procedimentos associados (com ou sem epidural, com ou sem anestesia geral, com ou sem instrumentação) eram apresentadas, sendo pedido às participantes que escolhessem aquelas que correspondiam a cada parto. Foi igualmente solicitado que exprimissem a sua opinião sobre a experiência vivenciada nos partos através de uma escala tipo Likert de 6 graus (“muito boa”, “boa”, “razoável”, “má”,

“muito má” e “sem opinião”). Era ainda efetuada uma pergunta aberta que justificasse a experiência anterior. Por fim, foi solicitado que referissem a preferência quanto à via do parto na gravidez atual (“vaginal”, “cesariana”, “sem opinião”) e a descrição do motivo para esta opção.

A parte 3 do questionário pretendia abordar a informação/esclarecimentos que a grávida procurou obter/obteve durante a gravidez atual sobre os eventuais riscos/benefícios das vias do parto, vaginal e cesariana. Oito itens incluíam as diversas fontes de informação disponíveis (“médico”, “enfermeiro”, “familiares/amigos”, “livros”, “comunicação social (TV, Internet, rádio)” e “outro”), o tempo dispendido na obtenção da informação (“menos de 10 minutos”, “entre 10 a 20 minutos” e “mais de 20 minutos”), a percepção da grávida relativamente à qualidade (“muito boa”, “boa”, “razoável”, “má”, “muito má” e “sem opinião”) e importância da mesma (“muito importante”, “importante”, “pouco importante”, “nada importante” e “sem opinião”).

A última parte do questionário (parte 4) relacionava-se com o conhecimento da grávida acerca dos eventuais riscos/benefícios para a saúde materna e do recém-nascido, relacionados com a via do parto, sendo pedido que desse a sua opinião em 8 afirmações relativas a este assunto usando uma escala de Likert com 5 opções: “discordo totalmente”, “não concordo”, “sem opinião”, “concordo” e “concordo totalmente”. Por fim, era perguntado se escolheria parto por cesariana sem indicação médica (“sim” ou “não”) e o porquê da escolha.

Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, EPE (CES) para a realização do estudo. Foi solicitado às grávidas que dessem o seu consentimento informado após esclarecimento verbal e escrito sobre os objetivos do estudo. A possibilidade de recusa foi claramente referida.

Análise dos resultados obtidos: Foi efectuada uma análise descritiva para avaliar os resultados obtidos. As respostas às perguntas abertas foram agrupadas pelas expressões que as participantes mais usaram, como por exemplo “escolha pessoal” ou “indicação médica”.

Resultados

O estudo decorreu durante 6 semanas, entre 4 de dezembro de 2012 e 12 de janeiro de 2013. Foram abordadas 68 grávidas, tendo sido excluídas 9 por não cumprirem os critérios de inclusão e 6 por terem sido previamente atendidas pela equipa de enfermagem. Recusaram participar no estudo 6 grávidas. A amostra final consistiu na obtenção de 47 questionários. Cinco das participantes solicitaram clarificação nas questões relacionadas com os eventuais riscos/benefícios das vias do parto para a saúde materna e do recém-nascido, na última parte do questionário.

As grávidas que participaram tinham idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos, sendo a média de 27 anos. A idade gestacional variou entre as 37 e as 39 semanas, com mediana às 37 semanas.

Quanto ao nível de escolaridade, 28 (59.6%) participantes tinham formação secundária, 13 (27.6%) formação superior, enquanto 4 (8.5%) e 2 (4.3%) técnica e primária, respetivamente. A maior parte, 30 (63.8%), encontrava-se empregada e 40 (85.1%) eram casadas ou viviam em união de facto, sendo as restantes solteiras. A esmagadora maioria das participantes, 46 (97.9%), residia no distrito do Porto sendo os concelhos mais comuns os de Valongo, 17 (37%), Maia, 14 (30.4%), e Porto, 11 (23.9%). Uma participante (2.1%) residia no distrito de Braga.

A vigilância da gravidez decorreu em Unidades de Saúde Familiar, em 42 (89.4%) grávidas de forma exclusiva e em 5 (10.6%) concomitantemente no médico particular.

Trinta e uma (66%) grávidas eram nulíparas, sendo 28 (59.6%) primigestas, e 16 (34%) primíparas. Seis (12.8%) referiram antecedentes de abortamento.

Nas 16 grávidas com parto anterior, em 13 (81.2%) o parto foi por via vaginal e em 3 (18.8%) por cesariana. Dez (76.9%) dos partos vaginais decorreram sob analgesia epidural, sendo metade com recurso a fórceps e/ou ventosa, conforme indicado na Tabela 1 que descreve a opinião das primíparas sobre a experiência vivenciada no parto anterior, de acordo com a via do parto e procedimentos adicionais.

“Inserir Tabela 1 aqui”

Nas grávidas com antecedentes de parto vaginal, 5 (38.5%) caracterizaram a experiência como positiva (“boa” ou “muito boa”) e 2 (15.4%) como negativa (“má” ou “muito má”). Quanto às 3 grávidas com antecedentes de parto por cesariana a experiência com o parto foi classificada como “razoável” em 2 e “muito má” na restante.

Quanto à via do parto preferencial na gravidez atual, a maioria das inquiridas, 35 (74.5%), preferia que o parto ocorresse por via vaginal e 5 (10.6%) por cesariana. As restantes 7 (14.9%) não tinham opinião formada. A preferência das grávidas relativamente a este ponto e os motivos evocados são descritos na Tabela 2. Os principais motivos pela preferência pelo parto vaginal foram “escolha pessoal” e pelo facto de ser “um parto normal/natural”.

“Inserir Tabela 2 aqui”

A opção das grávidas relativamente à via do parto na gravidez atual é descrita de acordo com a paridade na Tabela 3 e de acordo com a via do parto anterior e a experiência vivenciada pelas primíparas na Tabela 4.

“Inserir Tabela 3 aqui”

“Inserir Tabela 4 aqui”

Quase todas as grávidas, 45 (95.7%), referiram ser “importante” ou “muito importante” obter informação sobre os eventuais riscos/benefícios das vias do parto. Na

presente gravidez, 31 (66%) grávidas receberam informação sobre este assunto, ficando globalmente satisfeitas com a qualidade da mesma. A maioria, 30, consideraram-na “boa” ou “muito boa”. As grávidas procuraram esclarecimentos na consulta de vigilância e noutros locais ou meios, enumerando diversas fontes de informação disponíveis. Os profissionais de saúde foram os mais citados, o enfermeiro por 21 (28.8%) vezes e o médico por 20 (27.4%). No entanto, 24 (74.4%) procuraram ainda, por iniciativa própria, obter ou aprofundar os seus conhecimentos. Não obstante, a maioria, 28 (90%), das grávidas que recebeu informação dos profissionais de saúde considerou-os a fonte mais importante.

Relativamente ao tempo dispendido na obtenção de informação sobre a via do parto, das 20 participantes que referiram o médico como fonte informadora, 10 afirmaram que o tempo dispendido em consulta para abordar este tema foi de 10 a 20 minutos, 5 grávidas afirmaram que foi inferior a este período de tempo e 5 que foi superior. Vinte e três das 24 que procuraram obter informação sobre a via do parto por iniciativa própria despenderam um período de tempo superior a 20 minutos.

Os resultados obtidos relativamente ao conhecimento da grávida acerca dos eventuais riscos/benefícios para a saúde materna e do recém-nascido relacionados com a via do parto, na presente gravidez e futuras, estão descritos na Tabela 5. Globalmente, para cada uma das questões, entre 6 (12.8%) a 16 (34%) grávidas não tinham qualquer opinião.

“Inserir Tabela 5 aqui”

Quanto às consequências para a saúde do recém-nascido, verifica-se que a opinião entre as grávidas é discordante. Vinte (42.6%) acham que a via do parto é indiferente e 21 (44.7%) acham que não. Quinze (32%) consideram que a cesariana tem riscos equivalentes ao parto vaginal e 23 (48.9%) acham que não. No entanto, a maioria

discorda, 29 (61.7%), ou não tem opinião, 14 (29.8%) quanto à maior probabilidade dos recém-nascidos de cesariana terem problemas de saúde comparativamente ao parto vaginal.

No que respeita às consequências para a saúde materna, a maioria, 31 (66%), considera que a cesariana não tem riscos maternos equivalentes ao parto vaginal. De forma concordante, nas respostas abertas, várias grávidas abordaram este ponto com “a cesariana é um método muito invasivo para a mãe” e “o parto normal é muito melhor visto que as cesarianas são muito mais complicadas” a serem alguns exemplos das respostas dadas. Contudo, as grávidas revelam-se divididas quanto ao maior risco de complicações maternas na cesariana comparativamente ao parto vaginal: 15 (31.9%) discordam, 18 (38.3%) concordam e 14 (29.8%) não têm opinião. No entanto, 24 (51.1%) não consideram que a cesariana é uma intervenção cirúrgica de menor risco comparativamente a outras cirurgias.

Quanto ao futuro obstétrico, 22 grávidas (46.8%) discordam que a cesariana acarrete um risco acrescido para a saúde materna e do recém-nascido em futuras gravidezes. Não obstante, 16 (34%) não tinham opinião sobre este ponto.

Cerca de metade das grávidas concordava que a principal vantagem da cesariana é poder escolher o dia do parto.

A maioria das grávidas, 45 (95.7%), respondeu “não” à hipótese de poder escolher parto por cesariana na gravidez atual, na ausência de indicação médica. Concordantemente com os resultados anteriores, os motivos mais frequentemente apontados foram a “preferência por parto normal/natural” por 17 (37.8%) grávidas, “cesariana só com indicação médica” por 11 (24.4%) e “parto normal é melhor para a saúde da mãe” por 9 (20%). As 2 (4.3%) grávidas que optariam por cesariana sem indicação médica descreveram o “receio da dor” como motivo principal.

Discussão

O parto por cesariana é o procedimento cirúrgico mais comum nos países desenvolvidos⁷ e, atualmente, acredita-se que a preferência das grávidas por esta via do parto possa contribuir para este aumento⁵.

O objetivo principal deste estudo observacional e descritivo foi averiguar a preferência da via do parto e o esclarecimento quanto aos riscos/benefícios para a saúde materna e do recém-nascido relacionados com a mesma, em grávidas de termo, imediatamente antes da primeira consulta de “Gravidez de Termo” de um hospital público de referência, universitário. Todas as participantes vigiaram a gravidez atual em Unidades de Saúde Familiar. Apenas 5 foram simultaneamente observadas no médico particular.

É importante realçar que o tamanho reduzido da amostra (n=47) condiciona, certamente, a representatividade da população aos níveis regional e nacional. O facto de este estudo incluir somente um hospital, inserido no Sistema Nacional de Saúde, também constitui uma limitação. Os dados apontam para uma maior percentagem de partos por cesariana no setor privado^{5, 6, 8}. Neste âmbito foi publicado um estudo que concluiu que 66.2% dos obstetras que aceitariam realizar cesariana a pedido materno, em gravidez de feto único, apresentação cefálica, baixo risco e com 39 ou mais semanas de gestação, exercia funções em hospitais privados¹³.

Vários fatores podem influenciar a opção materna pela via do parto. A história obstétrica com antecedentes de parto por cesariana ou complicações e experiência negativa em partos anteriores têm sido apontados como possíveis razões para o aumento da taxa de cesariana^{6, 14, 15}. Neste estudo, somente um terço das participantes tinha

partos anteriores, em todas um único parto, e em apenas 3 (18.8%) o parto ocorreu por cesariana, limitando a análise destes parâmetros na opinião das grávidas quanto à via do parto preferencial na atual gravidez. No entanto, realça-se que em Portugal cerca de 30% dos partos são por cesariana¹ pelo que teria interesse alargar a amostra de forma a analisar estes aspetos. Ainda, relativamente à história obstétrica, poderia ser útil uma análise mais detalhada dos eventuais procedimentos associados aos partos anteriores, que discriminasse nas cesarianas as realizadas como “eletivas”, “urgentes” ou emergentes” e a realização de episiotomia ou não. Estes dados não foram incluídos devido ao tamanho da amostra, mas também podem afetar a opinião em relação ao parto na presente gravidez. Num estudo que inclua uma casuística maior, idealmente multicêntrico, as opções relativas à via do parto anterior devem ser analisadas de forma mais abrangente.

O questionário desenvolvido, e utilizado, incluiu diversas metodologias tais como perguntas seguidas de opções, com oportunidade de justificação descritiva para cada escolha, e afirmações com escala tipo Likert. O propósito foi o de obter maior objetividade na recolha dos dados, embora se reconheça que possam reduzir a informação recolhida. Quanto à forma de implementação do questionário, realça-se o fato de as grávidas estarem acompanhadas durante o seu preenchimento, podendo solicitar esclarecimentos. Somente 5 grávidas pediram clarificação, nos aspetos relacionados com os riscos/benefícios do parto para a saúde da mãe e do recém-nascido, revelando a sua curiosidade sobre o assunto ou, por vezes, alguma dificuldade em perceber as questões. Evidentemente que a aparente facilidade no entendimento das perguntas pode relacionar-se com o nível socioeconómico e a escolaridade das participantes.

O desejo da grávida por cesariana tem encontrado fundamentos no medo da dor associada ao parto vaginal, na imprevisibilidade do parto e na percepção de que a cesariana é mais segura para o filho, revelando-se numa atitude altruísta^{3, 5, 16}. Curiosamente, as únicas participantes que solicitariam ao obstetra parto por cesariana sem indicação médica justificaram a sua escolha referindo o “receio da dor”.

A possibilidade de marcar e planejar o dia tornam a cesariana uma via do parto mais conveniente, sendo a imprevisibilidade da via vaginal outra das razões que justifica a preferência materna por cesariana^{6, 15, 17}. Dos resultados obtidos neste estudo 24 (51.1%) grávidas consideraram que a principal vantagem da cesariana relativamente à via vaginal é a possibilidade de escolher o dia do parto. No entanto, este fato não parece ter influenciado a opção materna pela via do parto na presente gravidez, já que a maioria, 35 (74.5%), optou por parto vaginal ou não exprimiu opinião, 7 (14.9%).

Constatou-se ainda que a opinião materna sobre as consequências da via do parto na saúde do recém-nascido não estava bem estabelecida. Vinte (42.6%) achavam que a via do parto era indiferente mas mais de metade, 29 (61.7%), discordava que os recém-nascidos de cesariana tivessem com maior probabilidade problemas de saúde, apoiando a ideia de que o parto por cesariana é mais seguro para o recém-nascido. Este fato está de acordo com o verificado noutros trabalhos^{6, 7, 14, 17}. Num estudo observacional retrospectivo¹⁷, que incluiu 78 grávidas, quase metade (46.2%) optaram por cesariana devido ao receio relacionado com a saúde do recém-nascido.

Relativamente aos riscos/benefícios para a saúde materna, a opinião das grávidas não é consistente. Apesar da maioria, 31 (65.9%), considerar que a cesariana tem um risco diferente daquele associado ao parto vaginal e de metade, 24 (51.1%), que a cesariana é uma intervenção cirúrgica de maior risco quando comparada a outras cirurgias, verificou-se existir uma discordância de opiniões quanto ao maior risco de

complicações na cesariana comparativamente ao parto vaginal. Quinze (31.9%) acham que o risco materno de complicações não é superior com a cesariana mas 18 (38.3%) discordam. Ainda, 14 (29.8) grávidas não tinham opinião sobre este ponto. Contrariamente, num estudo observacional prospetivo realizado nos Estados Unidos da América, que incluiu 314 grávidas, verificou-se uma opinião mais consistente pois 93% das grávidas achavam que o parto vaginal era mais seguro para a mãe¹⁸.

Realça-se que a maioria das grávidas, 35 (74.5%), preferia que o parto da gravidez atual ocorresse por via vaginal, justificando a sua opção por ser uma “escolha pessoal” e por ser “a via normal/natural”. Também a esmagadora maioria, 45 (95.7%), achou importante obter informações sobre os riscos/benefícios das diferentes vias do parto, sendo que 31 (66%) procuraram mesmo obter informação. Não obstante, os dados obtidos relativamente aos riscos/benefícios dependentes da via do parto, para a mãe e recém-nascido, na gravidez atual e nas futuras, revelaram algumas discordâncias entre as grávidas e, em muitos casos, uma ausência de opinião nas várias questões, motivando esclarecimentos pontuais durante o preenchimento do questionário, conforme referido anteriormente.

Nos resultados obtidos constatou-se que os profissionais de saúde, nomeadamente o médico, foram considerados a fonte de informação mais importante sobre a via do parto. O obstetra torna-se assim uma peça fundamental. Num estudo que avaliou a escolha do obstetra quanto à via do parto os resultados foram surpreendentes. Dos obstetras com idade inferior a 44 anos e daqueles com idade superior a 44 anos, 89.7% e 49.6%, respetivamente, optaria por cesariana para si ou para a companheira e 53.2% aceitaria realizar uma cesariana a pedido materno, numa gravidez de baixo risco¹³. Num outro estudo, as mulheres que tiveram o parto por cesariana por sua opção

afirmaram que discutiram o assunto com o médico assistente e que este concordara com a sua decisão e que, nalguns casos, até as encorajara⁵.

No presente estudo, 16 (34%) grávidas afirmaram não ter recebido nem procurado qualquer informação sobre as diferentes vias do parto durante a gravidez. Este facto poderá estar relacionado com os constrangimentos e as pressões a que os profissionais de saúde estão sujeitos na consulta e, por outro lado, à inexistência de outras formas que possam compensar esta lacuna, como por exemplo prospectos ou textos em formato digital de acesso online.

Conclusão

O número de partos por cesariana, em Portugal, que ocorrem por vontade materna e sem aparente indicação médica é desconhecido, mas perante o aumento crescente da taxa de partos por cesariana deve ser investigado.

Os achados encontrados neste estudo, apesar de todas as suas limitações, indiciam a necessidade em aprofundar os esclarecimentos prestados às grávidas sobre as diferentes vias do parto pelos profissionais de saúde, na consulta ou utilizando outros meios de informação. Os médicos e os enfermeiros devem adotar um papel ativo na partilha de informação correta, imparcial e acessível acerca das vias do parto. Deste modo, os receios associados ao parto vaginal e a necessidade de fundamentar a cesariana devem ser abordados de forma a esclarecer dúvidas e a motivar a grávida para o parto vaginal, desmitificando eventuais receios relacionados com este.

Desta forma, a verdadeira escolha informada da grávida pela via do parto poderá revelar-se surpreendente. Seria interessante alargar o estudo, incluindo outros hospitais de referência, assim como hospitais privados, de modo a efetuar uma análise mais concludente e profunda.

Apesar das limitações, não deixa de ser curioso a concordância com os resultados obtidos noutros estudos que revelaram que o número de grávidas que optaria por parto por cesariana é reduzido^{4, 19}.

Agradecimentos

À Doutora Ana Reynolds, por todo o apoio, acompanhamento e incentivo e pela disponibilidade na orientação da presente tese.

À Dr.^a Gabriela Namora, responsável pela Consulta de Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, EPE, por toda a cooperação e apoio.

Às grávidas que participaram no presente estudo, pela disponibilidade demonstrada.

Bibliografia

- 1 Boyle A, Reddy UM. Epidemiology of Cesarean Delivery: The Scope of the Problem. *Semin Perinatol.* 2012; 36:308-14.
- 2 Appropriate Technology for Birth. *Lancet.* 1985; 2:436-7.
- 3 Gallagher F, Bell L, Waddell G, Benoit A, Cote N. Requesting Cesareans without Medical Indications: An Option Being Considered by Young Canadian Women. *Birth.* 2012; 39:39-47.
- 4 Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C, Phipps H. Vaginal Delivery Compared with Elective Caesarean Section: The Views of Pregnant Women and Clinicians. *BJOG.* 2008; 115:1494-502.
- 5 Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why Do Women Request Caesarean Section in a Normal, Healthy First Pregnancy? *Midwifery.* 2010; 26:394-400.
- 6 Penna L, Arulkumaran S. Cesarean Section for Non-Medical Reasons. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003; 82:399-409.
- 7 Dursun P, Yanik FB, Zeyneloglu HB, Baser E, Kuscu E, Ayhan A. Why Women Request Cesarean Section without Medical Indication? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011; 24:1133-7.
- 8 Faas-Fehervary P, Schwarz K, Bauer L, Melchert F. Cesarean Section on Demand: Influence of Personal Birth Experience and Working Environment on Attitude of German Gynaecologists. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005; 122:162-6.

- 9 Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why Do Some Pregnant Women Prefer Cesarean? The Influence of Parity, Delivery Experiences, and Fear. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205:45 e1-9.
- 10 Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sanchez AJ, et al. Women's Preference for Caesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *BJOG*. 2011; 118:391-9.
- 11 Viswanathan M, Visco AG, Hartmann K, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, et al. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2006:1-138.
- 12 Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean Section on Maternal Request: Reasons for the Request, Self-Estimated Health, Expectations, Experience of Birth and Signs of Depression among First-Time Mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86:451-6.
- 13 Arikan DC, Ozer A, Arikan I, Coskun A, Kiran H. Turkish Obstetricians' Personal Preference for Mode of Delivery and Attitude toward Cesarean Delivery on Maternal Request. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 284:543-9.
- 14 Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and Experiences of Childbirth in Primiparae with Caesarean Section. *BJOG*. 2008; 115:324-31.
- 15 Tschudin S, Alder J, Hendriksen S, Bitzer J, Popp KA, Zanetti R, et al. Pregnant Women's Perception of Cesarean Section on Demand. *J Perinat Med*. 2009; 37:251-6.
- 16 Hewer N, Boschma G, Hall WA. Elective Caesarean Section as a Transformative Technological Process: Players, Power and Context. *J Adv Nurs*. 2009; 65:1762-71.

- 17 Robson S, Carey A, Mishra R, Dear K. Elective Caesarean Delivery at Maternal Request: A Preliminary Study of Motivations Influencing Women's Decision-Making. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008; 48:415-20.
- 18 Pevzner L, Goffman D, Freda MC, Dayal AK. Patients' Attitudes Associated with Cesarean Delivery on Maternal Request in an Urban Population. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198:e35-7.
- 19 Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M, et al. Choice and Birth Method: Mixed-Method Study of Caesarean Delivery for Maternal Request. *BJOG.* 2009; 116:886-95.

Tabelas

Tabela 1: Opinião das grávidas, primíparas, relativamente à experiência vivenciada em partos anteriores, de acordo com a via do parto e procedimentos adicionais (n=16).

VIA DO PARTO ANTERIOR E PROCEDIMENTOS ADICIONAIS	EXPERIÊNCIA COM O PARTO ANTERIOR					Total n (%)
	Muito boa n (%)	Boa n (%)	Razoável n (%)	Má n (%)	Muito má n (%)	
Vaginal sem analgesia epidural, fórceps ou ventosa	--	--	2 (12.5)	--	--	2 (12.5)
Vaginal sem analgesia epidural, com fórceps ou ventosa	--	--	1 (6.2)	--	--	1 (6.2)
Vaginal com analgesia epidural, sem fórceps ou ventosa	1 (6.2)	1 (6.2)	2 (12.5)	--	1 (6.2)	5 (31.2)
Vaginal com analgesia epidural, e fórceps ou ventosa	--	3 (18.8)	1 (6.2)	1 (6.2)	--	5 (31.2)
Cesariana com anestesia loco-regional	--	--	2 (12.5)	--	--	2 (12.5)
Cesariana com anestesia geral	--	--	--	--	1 (6.2)	1 (6.2)
Total	1 (6.2)	4 (25.0)	8 (50.0)	1 (6.2)	2 (12.5)	16 (100.0)

n: número de primíparas.

Tabela 2: Preferência das grávidas relativamente à via do parto na gravidez atual e motivo evocado para a sua escolha (n=47).

MOTIVO DA ESCOLHA PELA VIA DO PARTO	VIA DO PARTO NA GRAVIDEZ ATUAL			Total
	Vaginal n (%)	Cesariana n (%)	Sem opinião n (%)	
Escolha Pessoal	13 (37.1)	1 (20.0)	--	14
Preferência por parto normal/natural	6 (17.1)	--	--	6
Melhor recuperação	5 (14.3)	--	--	5
Razões emocionais	3 (8.6)	--	--	3
Igual ao anterior	2 (5.7)	--	--	2
Receio da dor	1 (2.9)	--	--	1
Melhor para saúde materna e do recém-nascido	2 (5.7)	1 (20.0)	--	3
Maior facilidade/simplicidade	2 (5.7)	1 (20.0)	--	3
Razão médica	--	1 (20.0)	--	1
Desconhecimento	--	--	1 (14.3)	1
Sem motivo	6 (17.1)	1 (20.0)	6 (85.7)	13
Total	35 (74.5)	5 (10.6)	7 (14.9)	47

n: número total de grávidas.

Tabela 3: Preferência pela via do parto na gravidez atual de acordo com a paridade (n=47).

OPÇÃO PELA VIA DO PARTO NA GRAVIDEZ ATUAL	PARIDADE		
	Primíparas	Nulíparas	
	n (%)	n (%)	n (%)
Vaginal	11 (23.4)	24 (51.1)	35 (74.5)
Cesariana	2 (4.3)	3 (6.4)	5 (10.6)
Sem opinião	3 (6.4)	4 (8.5)	7 (14.9)
Total	16 (34.0)	31 (66.0)	47 (100.0)

n: número de grávidas.

Tabela 4: Preferência pela via do parto na gravidez atual nas primíparas (n=16), dependendo da experiência vivenciada e da via do parto anterior.

EXPERIÊNCIA COM O PARTO							VIA DO PARTO ANTERIOR
OPÇÃO PELA VIA DO PARTO NA GRAVIDEZ ATUAL	Muito boa n (%)	Boa n (%)	Razoável n (%)	Má n (%)	Muito má n (%)	Total n (%)	
Vaginal	1 (9.1)	3 (27.3)	4 (36.4)	--	1 (9.1)	9 (81.8)	Vaginal
	--	--	1 (9.1)	--	1 (9.1)	2 (18.2)	Cesariana
Cesariana	--	--	1 (50.0)	1 (50.0)	--	2 (100.0)	Vaginal
	--	--	--	--	--	0 (0.0)	Cesariana
Sem opinião	--	1 (33.3)	1 (33.3)	--	--	2 (66.7)	Vaginal
	--	--	1 (33.3)	--	--	1 (33.3)	Cesariana

n: número de primíparas.

Tabela 5: Percepção das grávidas sobre os eventuais riscos/benefícios para a saúde materna e do recém-nascido relacionados com a via do parto (n=47).

AFIRMAÇÃO	Discordo		Sem	Concordo	
	Totalmente n (%)	Discordo n (%)	Opinião n (%)	Concordo n (%)	Totalmente n (%)
1. Para a saúde do recém-nascido é indiferente a via do parto (cesariana ou vaginal).	6 (12.8)	15 (31.9)	6 (12.8)	18 (38.3)	2 (4.3)
2. O parto por cesariana tem riscos equivalentes ao parto por via vaginal para a saúde do recém-nascido.	5 (10.6)	18 (38.3)	9 (19.1)	13 (27.7)	2 (4.3)
3. Os recém-nascidos de cesariana têm maior probabilidade de terem problemas de saúde, comparativamente ao parto vaginal.	3 (6.4)	26 (55.3)	14 (29.8)	3 (6.4)	1 (2.1)
4.O parto por cesariana tem, para a mãe, riscos equivalentes ao parto por via vaginal.	5 (10.6)	26 (55.3)	7 (14.9)	7 (14.9%)	2 (4.3)
5.O parto por cesariana associa-se a um maior risco de complicações para a saúde da mãe, comparativamente ao parto vaginal.	0 (0.0)	15 (31.9)	14 (29.8)	12 (25.5)	6 (12.8)
6.A cesariana tem um risco menor que qualquer outra operação cirúrgica, para a mãe.	4 (8.5%)	20 (42.6)	14 (29.8)	9 (19.1)	0 (0.0)
7.A cesariana associa-se a um risco superior para a saúde materna e do recém-nascido em futuras gravidezes.	0 (0.0)	22 (46.8)	16 (34.0)	7 (14.9)	2 (4.3)
8.A principal vantagem da cesariana é poder escolher o dia do parto, comparativamente ao parto vaginal.	5 (10.6)	10 (21.3)	8 (17.0)	21 (44.7)	3 (6.4)

n: número total de grávidas.

Anexo 1

Questionário utilizado na recolha dos dados.

Questionário

Este questionário destina-se à colheita de dados no âmbito da elaboração da tese de Mestrado do curso Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O objectivo é averiguar a expectativa da grávida e o tipo de informação obtida sobre a via do parto.

Os dados recolhidos destinam-se apenas à realização do estudo, sendo respeitado o direito de privacidade aos titulares dos mesmos.

Se tiver alguma pergunta antes de decidir participar, sinta-se à vontade para o fazer. Tem o direito de recusar a participação, em qualquer altura, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

A duração do questionário ronda os 15 minutos.

Gostaria de contar com a sua colaboração.

1. Características pessoais:

1.1. Idade (anos): _____

1.2. Local da residência: _____

1.3. Estado civil:

☐ Casada/ vive com companheiro

☐ Divorciada/ separada

☐ Solteira

☐ Viúva

1.4. Local de vigilância da gravidez:

☐ Médico Particular

☐ Centro de Saúde. Qual? _____

☐ Outro. Qual? _____

2. Nível socioeconómico:

2.1. Nível educacional

☐ Ensino primário ☐ Ensino secundário ☐ Ensino técnico - área: _____

☐ Licenciatura – área: _____ ☐ Mestrado - área: _____

☐ Doutoramento - área: _____

2.2. Actualmente tem algum trabalho remunerado?

☐ Não

☐ Sim

2.2.1. Se sim, qual? _____

3. História obstétrica:

3.1. Semanas de gravidez: _____

3.2. Número de gravidezes anteriores: _____

3.3. Tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

(se não tem filhos passe, por favor, para a pergunta 3.3.2.)

3.3.1. Se tem filhos,

a) Quantos tem? ☐ Um ☐ Dois ☐ Mais que dois

b) Onde ocorreu/ocorreram o/os parto/partos?

☐ Casa(nº __) ☐ Hospital Público (nº __) ☐ Hospital Privado(nº __)

☐ Outro(nº __) Onde: _____

c) Como foi/foram o/os parto/partos?

☐ **Via vaginal sem analgesia epidural, fórceps ou ventosa (nº __)**

Como classificaria a sua experiencia com este/estes partos?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐ Sem opinião

Porquê? _____

☐ **Via vaginal sem analgesia epidural mas com fórceps ou ventosa (nº __)**

Como classificaria a sua experiencia com este/estes partos?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐ Sem opinião

Porquê? _____

☐ **Via vaginal com analgesia epidural mas sem fórceps ou ventosa (nº __)**

Como classificaria a sua experiencia com este/estes partos?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐ Sem opinião

Porquê? _____

☐ **Via vaginal com analgesia epidural e com fórceps ou ventosa (nº __)**

Como classificaria a sua experiencia com este/estes partos?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐ Sem opinião

Porquê? _____

☐ **Cesariana com anestesia loco-regional (“acordada”) (nº __)**

Como classificaria a sua experiencia com este/estes partos?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐ Sem opinião

Porquê? _____

☐ **Cesariana com anestesia geral (“a dormir”) (nº __)**

Como classificaria a sua experiencia com este/estes partos?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐ Sem opinião

Porquê? _____

3.3.2. Prefere que o parto da gravidez actual seja por:

☐ Via vaginal ☐ Cesariana ☐ Sem opinião

Porquê (escolha pessoal? Razão médica? ...)

4. Informação sobre a via do parto:

4.1. Quão importante considera estar informada sobre os eventuais riscos/benefícios das diferentes vias de parto (vaginal e cesariana)?

☐ Muito importante ☐ Importante ☐ Pouco importante ☐ Nada importante ☐ Sem opinião

4.2. Durante esta gravidez, obteve informação sobre os eventuais riscos/benefícios das vias de parto (vaginal e cesariana)?

☐ Sim ☐ Não

(se respondeu “não” passe, por favor, para a página seguinte (página 5), para a alínea 4.6.)

4.3. Onde obteve a informação? (pode assinalar mais do que um)

☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Familiares/Amigos ☐ Livros
☐ Comunicação social (TV, Internet, rádio) ☐ Outro _____

4.3.1. Qual/quais acha que foi/foram a fonte/fontes mais importante/importantes para a elucidar sobre este assunto?

☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Familiares/Amigos ☐ Livros
☐ Comunicação social (TV, Internet, rádio) ☐ Outro _____

4.3.2. Se assinalou a hipótese “médico”, quanto tempo considera ter sido dispendido a discutir os eventuais riscos/benefícios da via do parto (em minutos)?

☐ Menos de 10min. ☐ Entre 10 a 20 min. ☐ Mais de 20 min.

4.4. Como considera a informação obtida, durante a presente gravidez, sobre os eventuais riscos/benefícios das vias de parto (vaginal e cesariana)?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐ Sem opinião

Porquê? _____

4.5. Durante esta gravidez procurou obter, por iniciativa própria, informação sobre os eventuais riscos/benefícios das vias de parto (vaginal e cesariana)?

☐ Sim ☐ Não

4.5.1. Se sim, quanto tempo acha que despendeu na procura de informação?

☐ Menos de 10min. ☐ Entre 10 a 20 min. ☐ Mais de 20 min.

Por favor coloque uma cruz no quadrado desejado:

4.6.Considera que:

a) Para a saúde do seu bebé é indiferente a via do parto (cesariana ou vaginal)?

Discordo totalmente	Não concordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	--------------	-------------	----------	---------------------

b) O parto por cesariana tem riscos equivalentes ao parto por via vaginal para a saúde do seu bebe?

Discordo totalmente	Não concordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	--------------	-------------	----------	---------------------

c) Os bebes nascidos por cesariana têm maior probabilidade de terem problemas de saúde, comparativamente ao parto vaginal.

Discordo totalmente	Não concordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	--------------	-------------	----------	---------------------

d) O parto por cesariana tem, para a mãe, riscos equivalentes ao parto por via vaginal.

Discordo totalmente	Não concordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	--------------	-------------	----------	---------------------

e) O parto por cesariana associa-se a um maior risco de complicações para a saúde da mãe, comparativamente ao parto vaginal.

Discordo totalmente	Não concordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	--------------	-------------	----------	---------------------

f) A cesariana tem um risco menor que qualquer outra operação cirúrgica, para a mãe.

Discordo totalmente	Não concordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	--------------	-------------	----------	---------------------

g) A cesariana associa-se a um risco superior para a saúde materna e do bebé em futuras gravidezes.

Discordo totalmente	Não concordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	--------------	-------------	----------	---------------------

h) A principal vantagem da cesariana é poder escolher o dia do parto, comparativamente ao parto vaginal.

Discordo totalmente	Não concordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	--------------	-------------	----------	---------------------

4.7. Na presente gravidez, se pudesse optar, escolheria parto por cesariana, sem indicação médica?

☐ Sim ☐ Não

Porquê?

Anexo 2

Normas de publicação da Acta Médica Portuguesa.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA ACTA MÉDICA PORTUGUESA

26 de Fevereiro de 2013

1. Missão

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. Valores

Promover a qualidade científica.

Promover o conhecimento e actualidade científica.

Independência e imparcialidade editorial.

Ética e respeito pela dignidade humana.

Responsabilidade social.

3. Visão

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: “Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa”

4. Informação Geral

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é aproximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via “Submissões Online” <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica.

Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* ‘Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)’.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. Critério de Autoria

A revista segue os critérios de autoria do “International Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE). Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais /*copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

6. Copyright/ Direitos Autorais

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatário o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref. AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. Conflitos de Interesse

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. Consentimento Informado e Aprovação Ética

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. Língua

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. Processo Editorial

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.
- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.
- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o

autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.
- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.
- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.
- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.
- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.
- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. Publicação *Fast-track*

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a. Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;
- b. Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.
- c. O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.
- d. Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.
- e. Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, *online*, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. Regras de ouro da Acta Médica Portuguesa

- a. O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores
- b. A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário
- c. O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos

- d. A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review
- e. A identidade dos revisores é confidencial
- f. Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões
- g. O editor-chefe tem total independência editorial
- h. A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais
- i. As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista
- j. As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.
- k. As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l. Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos
- m. Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. Normas Gerais

Estilo

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o “AMA Manual of Style”, 10th ed. e/ou “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

Submissão

Os manuscritos devem ser submetidos online, via “Submissão Online” da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão *online* terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

- a) Título em **português** e **inglês**, conciso e descritivo
- b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

- a) Título (sem autores)

- b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.
- c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

Editoriais: Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Perspectiva: Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

Artigos de Revisão: Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

Artigos Originais: O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT Statement <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA guidelines.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE guidelines e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD guidelines.

Num estudo observacional, siga as STROBE guidelines.

Num Guideline clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE guidance para classificar a evidência.

Caso Clínico: O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 referências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

Imagens em Medicina (Imagem Médica)

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

Guidelines/ Normas de orientação

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

Cartas ao Editor: Devem constituir um comentário a um artigo da revista ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Abreviaturas

Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos

Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

Imagens

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: AI, BMP, EMF, EPS, JPG, PDF, PSD e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

- Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, |||, ¶¶.

Figuras

Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, AI, BMP, EMF, EPS, PDF e PSD com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite.

Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

- **Fotografias**

Em formato TIF, JPG, BMP, PDF E PSD com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

- **Desenhos e gráficos**

Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial. As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

Agradecimentos (facultativo):

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

Referências:

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis¹⁴.”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço⁵⁻⁹.

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula^{12,15,18}.

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>.

Notas:

Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. Acta Med Port. 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. Acta Med Port. 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1.Com Autores:

Moore, K. Essential Clinical Anatomy. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2.Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:**1. CD-ROM**

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. Biostatistics: a methodology for the health sciences [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

Provas tipográficas:

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

Errata e Retracções:

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

Nota final:

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.